Münster 1936 No 264 Med DiSS

Aus dem Institut für gerichtsärztliche Medizin der medizinischen Akademie in Düsseldorf.
Direktor: Professor Dr. Berg.

Der schnelle Tod des Neugeborenen und Kleinkindes an Bronchitis.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der Würde eines doctor medicinae
durch die Medizinische Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster
in Gemeinschaft mit
der Medizinischen Akademie in Düsseldorf

vorgelegt von

RICHARD RECKMANN
aus Dorsten

19 NOLTE 35

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Akademie in Düsseldorf und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster.

gez. Schmidt von Elmendorff
Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf

gez. Klinge
Dekan der Medizinischen Fakultät Münster

gez. Berg
1. Berichterstatter

gez. Többen
2. Berichterstatter

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

MEINEN ELTERN IN DANKBARKEIT
UND VEREHRUNG GEWIDMET!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547221_0060

Oft wird der praktische Arzt in eine Familie gerufen, wo ihm die bestürzten Eltern etwa folgendes erzählen: „Abends haben wir das Neugeborene in sein Bettchen gelegt, da war es noch gesund und munter, und wir dachten überhaupt nicht daran, daß dem Kind etwas fehlen könnte. Am anderen Morgen lag es tot im Bett." Oder: „Kurz nach der Geburt haben wir das Kind gebettet. Als wir dann einige Stunden später wieder nachsahen, war es tot." Auch dem Gerichtsarzt werden häufig solche Angaben gemacht, teils von Eltern, die übel beleumdet sind, teils von unehelichen Müttern, die heimlich geboren haben. Er hört z. B.: „Nachdem ich geboren hatte, legte ich das Kind neben mich hin, deckte es mit dem Oberbett zu. Dann schlief ich vor Übermüdung ein. Als ich erwachte, lag das Kind tot neben mir." Oder: „Nachdem ich auf dem Abort niedergekommen war, legte ich das Kind in mein Bett. Dann ging ich wieder an meine Arbeit. Als ich einige Stunden später wieder nach dem Kinde schaute, war es schon kalt und tot."

Da taucht immer wieder der Verdacht auf, daß die Mutter absichtlich oder unabsichtlich das Kind erstickt hat. Noch klarer scheint die Sache zu sein, wenn die Mutter zugibt, ein Kissen auf den Kopf des Kindes gelegt zu haben, „damit es nicht so schreie und die Leute nichts merkten;" oder beim Erwachen auf dem Kinde gelegen zu haben.

Der Arzt wird auch häufig nach der Todesursache der Kinder gefragt, die aus dem Rhein oder aus einem Teich gefischt, die im Wald gefunden, oder die beim Graben oder Pflügen entdeckt werden. Hier steht der Verdacht eines Verbrechens im Vordergrund der Erwägung.

In all diesen Fällen wird die Obduction der Kindesleiche verfügt, die den Tatbestand klären soll.

Bevor ich einzelne Fälle aufführe und erläutere, will ich eine kurze Übersicht darüber geben, welche strafrechtlichen Tatbestände in Frage kommen können.

Das Strafgesetzbuch bringt im 16. Abschnitt des 2. Teiles unter der Überschrift: „Verbrechen und Vergehen wider das Leben" in § 211 den Tatbestand des „Mordes". Mord liegt dann vor, wenn der Täter „vorsätzlich" einen Menschen „tötet" und die Tötung mit „Überlegung" ausführt. „Vorsatz" bedeutet nach herrschender Lehre „das Wissen und Wollen sämtlicher Deliktsmerkmale". Der Täter muß also die Tragweite seiner Handlung kennen und den von ihm herbeigeführten Erfolg wollen. (Vergleiche im Übrigen Frank „Das Strafgesetzbuch für das deutsche Reich § 59). In dem Begriffsmerkmal der „Überlegung" liegt der Unterschied zum § 212, Totschlag; denn „Totschlag" liegt dann vor, wenn der Täter einen Menschen zwar vorsätzlich, aber „nicht mit Überlegung" tötet.

Während diese beiden Delikte vorsätzliche Tötung verlangen, wird durch § 222 auch derjenige unter Strafe gestellt, der den Tod eines Menschen durch Fahrlässigkeit herbeiführt. „Fahrlässig" handelt der, welcher die gebotene, d. h. von ihm billigerweise zu erwartende Vorsicht vernachlässigt. (Vergleiche Frank § 50).

In § 217 ist der Tatbestand der Kindestötung formuliert. Die „Kindestötung" unterscheidet sich vom Mord und Totschlag einmal dadurch, daß das Objekt der Tötung ein uneheliches Kind und der Täter die Kindesmutter ist, außerdem aber muß die Tat „in oder gleich nach der Geburt" geschehen sein. Für den Tatbestand der Kindestötung ist — wie beim Mord und Totschlag — Vorsatz erforderlich. Vom Mord unterscheidet sich die Kindestötung dadurch, daß die Tötung nicht mit Überlegung ausgeführt wird, daher „Kindes tötung".

Schließlich kann der eine oder andere, im folgenden erörterte Tatbestand unter die Vorschrift des § 221 Aussetzung fallen. „Aussetzung" liegt dann vor, wenn einer „eine wegen jugendlichen Alters, Gebrechlichkeit oder Krankheit hilflose Person aussetzt, oder eine solche Person, wenn dieselbe unter seiner Obhut steht, oder wenn er für die Unterbringung, Fortschaffung oder Aufnahme derselben zu sorgen hat, in hilfloser Lage vorsätzlich verläßt."

Auf Grund der gerichtlichen Obduction hat der Sachverständige mit Hilfe seiner medizinischen Kenntnisse den Tatbestand soweit zu klären, daß der Strafrechtler diesen Tatbestand strafrechtlich würdigen kann. Kommt der Sachverständige zu dem Ergebnis, daß die Tötung nicht vorsätzlich begangen sein kann, dann scheiden Mord, Totschlag, Aussetzung und Kindestötung aus. Es kann dann noch fahrlässige Tötung vorliegen, oder, falls auch diese verneint wird, nur der natürliche Tod übrigbleiben.

Ich habe nun die Sektionsprotokolle des gerichtsärztlichen Institutes in Düsseldorf nach solchen Fällen durchsucht, bei denen als Todesursache eine Bronchitis festgestellt wurde.

Der schnelle Tod des Neugeborenen an Bronchitis.

Da es sich in meisten Fällen um uneheliche Kinder handelt, wird man bei der Prüfung der Frage, ob vorsätzliche Tötung vorliegt, in erster Linie an den Tatbestand der Kindestötung § 217, dann an den des Mordes § 211 und der Aussetzung § 221 denken müssen. Totschlag, § 212 wird wohl nie angenommen. Bei Verneinung der Vorsätzlichkeit wird in jedem Falle noch der Tatbestand des § 222, fahrlässige Tötung zu prüfen sein.

Fall 1.

Vorgeschichte:

Auf dem Feld bei Wittlaer wurde beim Pflügen ein Karton aufgeworfen, in dem sich eine Kindesleiche befand. Die vom Gericht angeordnete Sektion ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des männlichen Neugeborenen ist 51 cm lang und 3600 gr. schwer, einschl. der Nachgeburt und des umhüllenden Leinentuches. Die Leiche liegt in einem etwa 1 qm großen Leinentuch eingehüllt, das stark mit Blut durchtränkt ist. Außerdem befindet sich in diesem Tuch eine ansehnliche Menge geronnenen Blutes. Die Haut ist überall mit flüssigem Blut bedeckt, Hautfarbe im allgemeinen rötlichweiß. In den Leisten befindet sich noch etwas Käseschmiere. Leichenstarre ist nicht vorhanden. Fäulnisgeruch fehlt. Kopfumfang 35 cm. Längendurchmesser 11½ cm. Querdurchmesser $9^1/_2$ cm. Schulterbreite $13^1/_2$ cm. Hüftbreite 8½ cm. Kopf mit 2 cm langen Haaren bedeckt. Das linke obere Augenlid ist blaugrün, das untere blaurot unterlaufen. Die Bindehaut ist im allgemeinen dunkelrot mit einem dichtgefüllten Gefäßnetz. Auch in der Bindehaut des rechten Augenlides finden sich schwarzrote Stellen ausgetretenen Blutes. Knorpel der Nase und Ohren fest. Lippenschleimhaut graurötlich. Der Zungenrand überragt ein wenig die Kiefernbögen. Halshaut glatt, rötlichweiß, Brust gewölbt. Bauch weich, eindrückbar. Im Nabel haftet die unversehrte Nabelschnur von grauweißer, sülziger Beschaffenheit. Sie hängt noch zusammen mit den Eihäuten und dem Mutterkuchen. Letzterer wiegt 480 g. Im Hodensack sind die Hoden sichtbar. After klafft offen. Knochenkern am unteren Ende des Oberschenkels 5 mm groß. Die Nägel überragen an den Fingern die Kuppen, und erreichen sie an den Zehen. Verletzungen irgendwelcher Art wurden nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Die Lungenwände bleiben 2 cm voneinander entfernt. In den Brusthöhlen kein Erguß. Linke Lunge groß und leicht, schwimmt auf dem Wasser. Schnittfläche ziegelrot, bei Druck quillt aus den durchschnittenen Luftröhren je ein Tropfen grauweißen, zähen Schleimes, welcher alle Luftröhren vollkommen ausfüllt. Rechte Lunge zeigt gleichen Befund; auch hier der massenhafte Schleim in den Luftröhren. Schleimhaut von Kehlkopf und Luftröhren hellrot; auch hier eine Schicht Schleim aufgelagert.

2. Bauchhöhle.

Bei der Schwimmprobe erweist sich nur der Magen als schwimmfähig. Der Magen gasgebläht, Schleimhaut graurötlich, im Dünndarm gelbbraunes, im Dickdarm dunkelgrünes Kindspech.

Diagnose: Bronchitis mit sehr starker Schleimanfüllung der Luftröhrenverzweigung.

Epikrise:

Die Vorgeschichte dieses Falles ist nicht bekannt geworden, weil die Kindesmutter nicht ermittelt wurde. Liegt ein Verschulden vor?

Die Leiche zeigt keine Spuren einer Gewalteinwirkung, Zeichen dafür, daß das Kind erstickt wurde, konnten auch nicht erhoben werden. Dies und die als Todesursache festgestellte Bronchitis sprechen gegen vorsätzliche Tötung.

Der äußere Befund — Kind im Zusammenhang mit der Nachgeburt, Fehlen einer Geburtsgeschwulst — spricht für eine überstürzte Geburt. Die dabei gegebenen Umstände erklären die Entstehung einer Bronchitis vollauf, so daß auch die fahrlässige Tötung nicht in Frage kommt.

Fall 2.

Vorgeschichte:

Die ledige W. hatte am 7. 7. 31 morgens beim Gang in den Keller angeblich überraschend geboren und das Neugeborene in eine Kiste gelegt. Dann war sie der Arbeit nachgegangen, mußte sich aber nachmittags wegen starken Blutens hinlegen; die Placenta gebar sie erst am folgenden Tag. Die Obduction der Kindesleiche ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des neugeborenen Knaben ist 52 cm lang und 3460 g schwer. Fettpolster reichlich vorhanden, Muskulatur kräftig. Totenstarre fehlt, Fäulnisgeruch schwach. Der Haut liegen 3 mm lange Fliegenlarven auf. Hautfarbe schmutzig-hellgrau und graurötlich. Am Rücken rotviolette Totenflecke und Reste von Käseschmiere. Kopf ist mit 15 mm langen Haaren bedeckt. Kopfumfang 35 cm. Querdurchmesser 7 cm. Längsdurchmesser 10 cm. Schulterbreite 11 cm. Hüftbreite 8 cm. Knorpel an Ohren und Nase fest. Bindehäute rötlichweiß. Die Zunge liegt hinter den Kieferbögen. Halshaut glatt, unversehrt. Brust gewölbt, Bauch weich, eindrückbar. Im Nabel haftet ein 21 cm langer Nabelschnurrest, der zusammengetrocknet, bandartig schmal ist und in ein zerfetztes Ende ausläuft. Im Hodensack sind die Hoden fühlbar. Umgebung des Afters mit grünem Kindspech bedeckt. Knochenkern im unteren Ende des Oberschenkels 8 mm groß, die Nägel überragen die Kuppen an Zehen und Fingern. Zeichen von Gewalteinwirkung wurden nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Lungen in der Brusthöhle frei beweglich, sinken nur wenig zurück, in den Brusthöhlen kein Erguß. Lungen schwimmen auf dem Wasser, auch die einzelnen Lappen und Stückchen schwimmen. Die Schnittfläche hellgraurot; auf Druck quillt aus den durchschnittenen Luftröhrenästen je ein Tropfen gelblichweißer Schleim und feiner Schaum. Auch die großen Luftröhrenäste zeigen diesen Inhalt.

Lungengefäße mit flüssigem Blut. Im Lungenfell keine Blutaustritte.

2. Bauchhöhle.

Magen gebläht, mit Luft gefüllt, Schleimhaut graurot. In der ersten Schlinge des Dünndarms graugelber, im unteren schwarzgrüner Kindspechbrei.

Diagnose: Tod an Bronchitis.

Die Schwurgerichtsverhandlung dieses Falles dürfte interessieren. Ich führe sie daher im Auszug an.

Die Kindesmutter ist 08 geboren. Tochter eines Oberwachtmeisters. Sie war meist im Hause ihrer Eltern, nur zwei Jahre in einer Metzgerei tätig. Sie hat wiederholt koitiert auch mit dem S. des öfteren. Ihre Entbindung erwartete sie Ende August, weil sie als Schwängerungstag ihren Namenstag annahm. Sie sagte aus:

Am 7. 7. Geburt. Sie hatte sich morgens fürchterlich erschreckt. Als sie nämlich ihren Vater wecken wollte, lag dieser tot im Bett. Nachher wollte sie im Keller Kohlen holen, da setzten plötzlich Wehen ein und sturzartig kam das Kind. Sie will im Stehen geboren haben, dabei zerriß die Nabelschnur. Im Keller lagen alte Lumpen. Darin wickelte sie das Kind ein und legte es in eine Kiste. Sie setzte sich dann eine Zeitlang hin und ging darauf nach oben. Sie sagte niemanden etwas von der Geburt, blieb auf und ging nachmittags

in die Stadt Einkäufe zu machen. Als sie am folgenden Tage nach dem Kinde sah, war kein Leben mehr in ihm.

Am 16. erfolgte anonyme Anzeige und gerichtliche Nachforschung.

Der Schwester Karoline hatte die W. die Schwangerschaft verheimlicht. Der Zeugin fiel am Montag die Schlankheit der W. auf, als diese am Bett des toten Vaters stand. Zeugin bekundet weiter, Montag früh beim Aufstehen Blutspuren am Zimmereimer gefunden zu haben. Sie sagte bestimmt, daß die W. nicht im Keller gewesen sei. Sie sei nur zum Frisör gegangen. Der Polizeibericht vermißte Blutspuren auf dem Kellerboden, glaubte daher, daß die Geburt anderswo stattgefunden habe.

Vom Schwurgericht wurde sowohl der Vorsatz als auch die Fahrlässigkeit verneint und die Angeklagte freigesprochen.

Epikrise:

Zeichen einer Gewalteinwirkung, der Erstickung oder der Unterernährung wurden nicht erhoben. Als Todesursache wurde eine Bronchitis festgestellt. Damit fällt die vorsätzliche Tötung.

Es bleibt die Frage nach fahrlässiger Tötung! Die Kindesmutter erwartete ihre Geburt erst einen Monat später. Diese Angabe ist durchaus glaubwürdig; denn der Geburtstermin kann nicht einmal von einem Arzt mit Sicherheit genau bestimmt werden! Das Kind bot aber alle Zeichen der Reife. Es handelte sich also um ein ausgetragenes Kind und die Kindesmutter befand sich z. Zt. der Geburt schon im 9. Monat ihrer Schwangerschaft. Psychische Erregungen von der Heftigkeit wie hier — unerwarteter Tod des Vaters — können in diesem Stadium heftige Wehen und schnelle Geburt auslösen. Auf Grund dieser Erfahrungstatsache ist zuzugeben, daß im Keller plötzlich heftige Wehen einsetzten und dadurch die Geburt schnell erfolgte. Die bei diesem Geburtsverlauf gegebenen Umstände — die Unmöglichkeit einer sofortigen regelrechten Versorgung des Kindes, die Erschöpfung der Mutter — erklären die Entstehung der Bronchitis und den dadurch verursachten Tod vollauf. Damit fällt auch der Vorwurf der fahrlässigen Tötung.

Fall 3.

Vorgeschichte:

Das Kind war am 22. 10. 31 um 8¼ Uhr beim Reinigen des Abortes im Café H. von der Dienstmagd gefunden worden. Es kann nur am Abend vorher durch das Café dorthin gebracht sein. Die Leiche war in Zeitung und Frauenhemd gewickelt, fest zugepackt und lag hinter dem Aborttrichter.

Die behördlich angeordnete Öffnung der Kindesleiche ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des weiblichen Neugeborenen ist 52 cm lang und 3420 g schwer, regelmäßig gebaut, mit reichlichem Fettpolster versehen und gut entwickelter Muskulatur. Die Haut ist überall mit angetrocknetem Kindspech bedeckt. Käseschmiere befindet sich in der Achselhöhle, in den Leisten und

am Rücken in reichlicher Menge. Farbe der Haut am Rücken rötlichweiß, an der Vorderfläche dunkelgraurot, Kopf mit bräunlichen Haaren dicht bedeckt. Kopfumfang 33½ cm. Längsdurchmesser $11^1/_2$ cm. Querdurchmesser 9 cm. Schulterbreite 14 cm. Hüftbreite 10 cm. Am Kopf fühlt sich die linke Stirnseite teigig weich an. Bindehäute dunkelrot, Hirnhäute trübe. Die linke Wange ist breit rinnenartig eingedrückt, hier ist durch Einwickeln der linke Arm eingedrückt gewesen. Die Wangenhaut in der Rinne ist weiß, 4 cm breit, die Ränder sind kupferrot. Aus den Nasenlöchern quillt feinblasiger weißer Schaum. Der Mund ist seitlich zusammengedrückt. Knorpel von Nase und Ohren fest. Mundschleimhaut graurot, die Zunge ist 1 cm weit vor die Kiefernbögen gelagert. Halshaut vorne weich, hellkupferrot die hintere Hälfte der Halshaut ist durch eine fingerbreite Halbrinne von weißer Farbe vertieft. Hier hat die Nabelschnur vom Nabel nach der rechten Halsseite aufsteigend gelegen. Die Nabelschnur ist 44 cm lang auf 5—8 mm Durchmesser geschrumpft, grauweiß. Das am Nabel haftende Stück ist in 7 cm Länge bandartig glatt eingetrocknet. Das freie Ende ist quer glatt abgesetzt. Brust gewölbt, Bauch weich, eindrückbar. Die großen Schamlippen bedecken die Kleinen. Die Scheidenklappe ist derb, fleischig, glasig, grauweiß und unversehrt. After mit angetrocknetem Kindspech bedeckt. Die Nägel überragen an den Fingern die Kuppen, an den Zehen nicht. Knochenkern im unteren Teil des Oberschenkelknochens 2,3 mm groß. Zeichen einer Gewalteinwirkung wurden nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Lungenränder 3 cm auseinander. In den Brusthöhlen kein Erguß, beide Lungen lufthaltig, gut ausgedehnt. Lungen außen glatt und graurot. Lungenbläschen überall sichtbar. Die Luftröhren sind überall mit gelben Massen angefüllt, welche in den größeren Ästen feinschleimig, in den kleineren Ästen schleimigeitrig aussehen. Die Lungengefäße enthalten flüssiges Blut. Die Lungen schwimmen auf dem Wasser ebenso wie ihre einzelnen Teile. An einzelnen Stellen des Lungenüberzuges finden sich auch Luftbläschen. Mikroskopisch im Bronchienschleim: Blut, Leucocyten, Fruchtwasserbestandteile.

2. Bauchhöhle.

Magen und Darm sinken im Wasser unter. Aus dem Magen quillt keine Luftblase empor. Es findet sich in ihm grauglasiger Schleim. Der Dünndarm enthält dunkelgelbes, der Dickdarm dunkelgrünes Kindspech. Mastdarm mit Kindspech gefüllt.

Diagnose: Tod an Bronchitis bald nach der Geburt.

Epikrise:

Auch hier konnte die Kindesmutter nicht ermittelt werden. Der Sektionsbefund bietet hinreichend Anhaltspunkte, die es gestatten, ein ziemlich klares Bild vom Geburtsverlauf zu entwerfen und die Schuldfrage hinreichend zu klären.

Es wurden keine Zeichen einer Gewalteinwirkung, einer Erstickung, einer Unterernährung gefunden. Vorsätzliche Tötung kann also nicht vorgelegen haben.

Wie wäre die Frage, ob fahrlässige Tötung vorliegt, zu beantworten? Machen wir uns den Geburtsverlauf klar. Der Kopf weist eine Geburtsgeschwulst an der linken Stirnseite auf. Es hat sich demnach bei der Geburt um eine Stirnlage gehandelt. Es ist ja durchaus möglich, daß bei der Stirnlage die Geburt spontan ohne ärztliche Hilfe zu Ende geht. Der Geburtsverlauf bei Stirnlagen ist aber immer

ein langdauernder und schwerer, und die Mehrzahl der Kinder (weit über die Hälfte) sterben in der Geburt. Im Bronchialschleim wurden mikroskopisch Fruchtwasserbestandteile nachgewiesen. Daraus folgt daß sich bei der langen Geburt infolge Fruchtwasseraspiration die Bronchitis entwickelt hat, die bestimmt kurz nach der Geburt, höchstwahrscheinlich aber noch vor Vollendung derselben zum Tode führte. Denn die Lungen sind zwar lufthaltig, dazu bedarf es ja nur einiger Atemzüge, die bei der Stirnlage sehr gut möglich sind, noch bevor der Kopf völlig geboren ist, aber im Magen und Darm wurde keine Luft festgestellt. Das Kind hat also nicht geschluckt. Damit fällt die fahrlässige Tötung.

Fall 4.

Vorgeschichte:

Gegen die ledige H. wurde ein Verfahren wegen fahrlässiger Tötung eingeleitet. Es handelte sich um eine normale Geburt. Einige Stunden danach sollte das Kind angeblich ganz schnell gestorben sein. Es tauchte Verdacht auf, und die Sektion wurde verfügt. Sie ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des weiblichen Neugeborenen ist 2690 g schwer und 49 cm lang, normal gebaut mit gut entwickelter Muskulatur und gut entwickeltem Knochenbau. Schädelumfang 34 cm. Schädeldurchmesser längs 11 cm, quer 9 cm. Schulterbreite 11 cm. Hüftbreite 7 cm. Kopf mit bis zu 5 cm langen Haaren bedeckt. Nasen- und Ohrenknorpel fest. Bindehäute blaß, aus der Nase entleert sich etwas Schleim, Zunge hinter den Kiefernbögen, die Lippen trocken. Hals nicht abnorm beweglich, ohne Veränderung. Brust gewölbt, Leib weich. Im Nabel haftet ein 2 cm langer, abgebundener Nabelschnurrest. Das Ende vertrocknet. Äußere Geschlechtsorgane normal entwickelt, Scheidenschleimhaut grauweiß, After klafft. In beiden Schenkelbeugen etwas Käseschmiere. Die Gliedmaßen normal gebildet. Knochenkern im unteren Ende des Oberschenkelknochens 3 mm groß. Die Nägel überragen an den Fingern die Kuppen, an den Zehen schneiden sie mit den Zehen ab. Hornhäute beiderseits etwas trüb, Pupillen rund 4 mm. Hautfarbe grauweiß in leicht bräunlichem Farbton, an den abhängenden Teilen und an der rechten Kopfseite bläulichrot. Totenstarre nicht vorhanden. Fäulnisgeruch fehlt. Spuren von Gewalteinwirkung wurden nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Leere Brustfallsäcke. Blaurötlich marmorierte Lungen, mit den Vorderrändern 0,18 cm auseinanderliegend, den Herzbeutel nicht bedeckend. Beiderseits feuchtes, glänzendes, glattes Lungen- und Rippenfell. Die Oberfläche der linken Lunge ist blaurötlich, durch Untermischung mit helleren Stellen marmoriert erscheinend. Sie ist überall elastisch und knistert. Unter dem Lungenfell kleinste, dunkelrote Blutaustritte. Auf den glatten Schnittflächen tritt nur wenig Blut hervor. Aus den Luftröhrenverästelungen dagegen und zwar bis zu den feinsten treten reichliche Eiterpfröpfe von zäher Beschaffenheit zutage. Lungenfell überall glatt und glänzend. An den oberen Stellen des Lungenfells ist die Oberfläche hellrosa gefärbt, stark uneben, höckrig, im Lungenzwischengewebe sind kleinere Luftbläschen mit bloßem Auge deutlich erkennbar.

2. Bauchhöhle.

Der Magen ist durch das Gas etwas ausgedehnt. Seine Oberfläche ist unversehrt, seine Schleimhäute glatt und dehnbar und ebenfalls unverletzt. Er ist im übrigen leer. Der Zwölffingerdarm enthält ein wenig gelblichen

Schleim. Seine Schleimhaut ist glatt. Der Dünndarm enthält etwas gelblichen Brei, seine Schleimhaut ist glatt, seine Falten und Zacken sind unversehrt. Im Dickdarm befindet sich reichlich gelbbrauner, eingedickter Kot. Seine Schleimhaut ist glatt und unversehrt.

Diagnose: Tod an Bronchitis.

Epikrise:

Der Sektionsbefund konnte keine Zeichen einer Gewalteinwirkung oder Erstickung feststellen. Als Todesursache wurde eine Bronchitis erhoben. Damit scheidet die vorsätzliche Tötung aus dem Bereich der Erwägungen und es bleibt die Frage nach fahrlässiger Tötung. Auch sie ist zu verneinen, denn es lag keine heimliche Geburt vor und das Kind war regelrecht abgenabelt worden und versorgt, sodaß ein Verschulden an der Entstehung der Bronchitis aus Fahrlässigkeit nicht bewiesen werden konnte. Das Kind erkrankte an einer Bronchitis, die hier kurz nach der Geburt zum Tode führte. Damit ist auch der von der Kindesmutter beschriebene, „plötzliche" Tod erklärt.

Fall 5.

Vorgeschichte:

Die Kindesleiche wurde in einem Teiche gefunden. Die Placenta hing noch an dem Neugeborenen. Die gerichtliche Obduction ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des männlichen Neugeborenen ist 52 cm lang und 3200 g schwer. Käseschmiere in der Leistenbeuge. Nabelschnur mit Placenta am Kind. Nabelschnur 60 cm. Eihäute vollständig. Hautfarbe dunkelgraurot. Irgendwelche Verletzungen nicht nachzuweisen. Kopf, Längsdurchmesser 12 cm. Querdurchmesser 9 cm. Schädelumfang 36 cm. Knochenkern im Oberschenkel-Knochenende 6 mm groß. Keine Geburtsgeschwulst.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Linke Lunge mit vielen interstitiellen Luftbläschen. Schnittfläche dunkelrot. Luftröhren voll Schaum und rötlichem Schleim. Rechte Lunge desgleichen, auch Ecchymosen der Pleura. Beide Lungen gebläht. Luftröhren gefüllt mit trübrötlichem Schleim und Schaum.

2. Bauchhöhle.

Magen voll Luftblasen und Schleim. Dünndarm 50 cm weit mit Luft angefüllt. Dickdarm voll Kindspech.

Diagnose: Tod an Bronchitis

Epikrise:

Als Todesursache wurde also eine Bronchitis festgestellt. Außer der Bronchitis konnten keine Zeichen einer Gewalteinwirkung, auch keine Zeichen, die auf Ertränken schließen ließen, festgestellt werden, damit fällt die Annahme der vorsätzlichen Tötung.

Der Befund, — Kind mit anhängender Nachgeburt, keine Geburtsgeschwulst, — deutet mit Sicherheit daraufhin, daß es sich um

eine überstürzte Geburt handelt. Wenngleich die näheren Umstände bei dieser Geburt nicht bekannt wurden, weil man die Kindesmutter nicht ermittelte, so ist vom Sachverständigen die Möglichkeit zu betonen, daß die Kindesmutter irgendwo — vielleicht auf dem Felde — von der Geburt überrascht wurde. Die Erschöpfung der Mutter und die Unmöglichkeit der Versorgung des Kindes erklären die Entstehung der Bronchitis vollauf. Es ist daher die Annahme wohl berechtigt, daß das Kind schnell der Bronchitis erlag und die Mutter, nachdem sie sich von den Anstrengungen der Sturzgeburt erholt hatte, das tote Kind in den Teich warf. Es ist daher auch die Fahrlässigkeit zu verneinen.

Fall 6.

Vorgeschichte:

Am 3. 7. 30 wurde von einer Frau ein Paket in den Rhein geworfen, Passanten fischten es gleich heraus. Es enthielt eine Kindesleiche. Die Frau hatte sich eilig entfernt. Die angeordnete Sektion ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des männlichen Neugeborenen ist 51 cm lang und 3240 g schwer. Leichenstarre fehlt, ebenso Fäulnisgeruch, Hautfarbe rötlichweiß. Die Haut ist stellenweise besonders am Kopf, an den Armen und Beinen mit Käseschmiere bedeckt. Kopfumfang 33 cm. Querdurchmesser 9 cm. Längsdurchmesser 9 cm. Schulterbreite 12½ cm. Hüftbreite 9 cm. Kopf mit 15 mm langen Haaren bedeckt. Auf der Scheitelhöhe liegt angetrocknetes Blut in dünner Schicht. Gesicht hellrot. Augenlider graublau, stark wässrig gedunsen. Lidränder verklebt. Bindehäute dunkelrot, Hornhäute undurchsichtig. Knorpel an Nase und Ohren fest, ihre Öffnungen frei. Lippen blaurot, Zunge ½ cm vor den Kieferbögen. Halshaut glatt, unversehrt. Brust gewölbt. Bauch weich, eindrückbar. Im Nabel haftet eine 82 cm lange Nabelschnur im Zusammenhang mit der Nachgeburt. Letztere ist vollständig und wiegt 500 g. Auch die Eihäute sind vollständig. Die Hoden sind im Hodensack fühlbar. Die Afteröffnung ist mit dunkelgrünem Kindspech bedeckt. Die Nägel überragen an Fingern und Zehen die Kuppen. Der Knochenkern im unteren Ende des Oberschenkelknochens ist 5 mm groß.

Zeichen einer Gewalteinwirkung wurden nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Beide Lungen sehen gleichmäßig schwarzrot aus. Sie schwimmen nicht auf dem Wasser, auch nicht in ihren einzelnen Teilen, fühlen sich überall derb an. Die Schnittflächen sind glatt, schwarzrot. Bei Druck quillt aus den großen Luftröhren ein die Lichtung vollständig ausfüllender Schleim von zäher, bräunlichroter Beschaffenheit. Der Überzug der Lungen zeigt zerstreute 1—2 mm große, dunkelrote Blutaustritte. Mikroskopisch in der Luftröhre: Schleim mit Leucocyten.

2. Bauchhöhle.

Milz auffallend groß und derb, 17½ g schwer, dunkelrot. Magen prall gebläht, entleert unter Wasser aufgeschnitten große Luftblasen. Vom Darm ist nichts schwimmfähig. Der Dünndarm enthält dickliches gelbes Kindspech, der Dickdarm grünes. Die Leber ist auffallend derb, dunkelbraun, 170 g schwer. Mastdarm mit dunkelgrünem Kindspech gefüllt.

Diagnose: Tod an Bronchitis bald nach der Geburt.

Epikrise:

Die Lebensfähigkeit des Kindes war hier nicht sichergestellt, da Anzeichen einer schweren Lues congenita — Leber und Milztumor — gefunden wurden. Jedenfalls zeigte die Obduction:

1. Am Kind hängt die vollständig erhaltene Nachgeburt. Der Kopf weist keine Geburtsgeschwulst auf. Der Geburtsverlauf muß daher ein überstürzter gewesen sein.

2. Die Lungen enthalten keine Luft, der Magen ist lufthaltig. Das Kind hat also nicht geatmet, hat aber geschluckt. Folglich muß es gleich nach der Geburt gestorben sein.

3. Als Todesursache wurde eine Bronchitis festgestellt. Diese muß, wenn man den Geburtsverlauf berücksichtigt, intrauterin entstanden sein.

Daraus ergibt sich, daß das Kind tot in den Rhein geworfen wurde. Die Schuldfrage ist hier absolut zu verneinen.

Fall 7.

Vorgeschichte:

Die Leiche des neugeborenen Mädchens wurde in Oberkassel an der Antoniuskirche unter einem Gebüsch gefunden. Die gerichtliche Öffnung ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des neugeborenen Mädchens ist 53 cm lang und 3770 g schwer, regelmäßig gebaut, mit reichlichem Fettpolster. Leichenstarre fehlt, kein Fäulnisgeruch. Hautfarbe überall gelbweiß und grauviolett. Überall findet sich etwas angetrocknetes Blut, besonders reichlich am Kopf und an den Oberschenkeln. Kopf ist mit 3 cm langen Haaren bedeckt. Umfang 35 cm. Durchmesser, Längsdurchmesser 10½ cm. Querdurchmesser 9½ cm. Schulterbreite 14 cm. Hüftbreite 9 cm. Lider etwas geschwollen. Bindehäute dunkelrot. Hornhäute undurchsichtig. Nasen und Ohrknorpel fest. Mundschleimhaut grauviolett. Die Zunge ragt zwischen den Kiefernbögen hervor. Halshaut glatt. Brust gewölbt. Bauch weich und eindrückbar. Im Nabel haftet ein 24 cm langes Stück Nabelschnur, dessen freies Ende zersetzt und dunkelrot ist. Die Nabelschnur selbst ist vertrocknet, hart und graurötlich. Die großen Schamlippen überragen die kleinen. Der After klafft, seine Umgebung ist mit Kindspech bedeckt. Knochenkern im unteren Ende des Oberschenkels 4 mm groß. An den Fingern erreichen die Nägel die Kuppen, an den Zehen nicht. Zeichen einer Gewalteinwirkung wurden nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Die Lungen reichen mit den vorderen Rändern bis zur Knorpelgrenze. In den Brusthöhlen kein Erguß. Die Lungen sind überall lufthaltig, ziegelrot gefleckt und schwimmen auf dem Wasser. Aus der Luftröhre läßt sich eine Menge weißen, ziemlich zähen Schleimes ausdrücken. Auch bei Druck auf die Schnittfläche quillt aus den quergeschnittenen Luftröhrenästen je ein Tropfen feinschaumiger, weißer Schleim. Blutaustritte sind im Überzuge der Lunge nicht sichtbar. Die Lungengefäße enthalten flüssiges Blut. Die einzelnen Stücke der Lunge sind schwimmfähig.

2. Bauchhöhle.

Bei der Magen-Darmschwimmprobe schwimmt nur der Magen. Er enthält einen großen Klumpen graublasigen, zähen Schleimes. Schleimhaut graurot glatt. Der obere Dünndarmabschnitt enthält weiches, gelbes Kindspech, der mittlere ist leer, der untere mit grün-grauem Kindspech gefüllt. Der Dickdarm ist prall mit grünem, der Mastdarm mit dunkelgrünem Kindspech gefüllt. Schleimhaut grauweiß.

Diagnose: Tod an Bronchitis.

Epikrise:

Die Kindesmutter wurde auch in diesem Falle nicht ermittelt. Die Vorgeschichte blieb also ungeklärt, zumal der Sektionsbefund keine Schlüsse auf den Geburtsverlauf zuläßt.

Liegt ein vorsätzliches Verbrechen im Sinne einer Aussetzung des Kindes vor? Man wird diese Frage wohl verneinen können, denn es würde sicherlich in der belebten Gegend bemerkt worden sein, wenn da ein Kind geschrien oder gewimmert hätte.

Wie steht es mit der fahrlässigen Kindestötung? Diese Frage kann hier nicht mit Sicherheit geklärt werden. Die Annahme, daß es sich um eine heimlich Gebärende handelt, ist wohl gerechtfertigt — die abgerissene Nabelschnur deutet in diese Richtung. Es sind zwei Möglichkeiten gegeben. Erstens: das Kind kann trotz hinreichender Versorgung plötzlich an der Bronchitis gestorben sein und die Kindesmutter hat dann in ihrer Ratlosigkeit und Angst das Kind beseitigt, einmal, um die stattgehabte Geburt zu verheimlichen, zum anderen um Nachforschungen über den ihr unerklärlichen, plötzlichen Tod zu entgehen. Zweitens: die Entstehung der Bronchitis und ihr rapides Fortschreiten, kann aber auch die Folge der heimlichen Geburt und mangelhaften Pflege sein. Der Sachverständige kann hier nicht feststellen, daß positiv die Voraussetzungen einer strafbaren Handlung vorliegen. In dubio pro reo!

Fall 8.

Vorgeschichte:

Am 27. 7. 31 wurde an der Schnellenburg im Rhein die Leiche eines Neugeborenen gefunden. Sie war in zwei Männerhemden eingeschnürt.

Die Obduktion ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des weiblichen Neugeborenen ist 3700 g schwer und 51 cm lang, normal gebaut. Die Haut ist überall mit Käseschmiere bedeckt. Am Kopf bläulich, ebenso am Hals, an der Brust und am Bauch, sonst grauweiß und rosarot. Totenstarre nicht vorhanden. Keine Totenflecke, geringer Fäulnisgeruch. Kopf mit 1 cm langem, blondem Haar bedeckt. Kopfumfang 35 cm. Längsdurchmesser 10½ cm, Querdurchmesser $8^1/_2$ cm. Schulterbreite 11 cm, Hüftbreite 7 cm, Bindehäute graurot, ohne Blutung; aus Mund und Nase entleert sich rötliche Flüssigkeit. Ohr- und Nasenknorpel fest. Lippenschleimhaut bläulich. Zunge hinter den Kieferbögen. Hals nicht abnorm beweglich, Brust mäßig gewölbt, im Nabel findet sich die 58 cm lange, gut erhaltene Nabelschnur. An ihr hängen die vollständig erhaltenen Eihäute. In den Leistenbeugen besonders reichliche Käseschmiere.

Die große Schamlippe bedeckt die kleine. Der After ist mit Kindspech beschmiert. Der Knochenkern im unteren Ende des Oberschenkelknochens ist 5 mm groß. Die Fingernägel überragen die Kuppen, die Zehennägel schneiden mit den Zehen ab. Verletzungen wurden nicht festgestellt.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Die rechte Lunge sinkt unter, die Oberfläche ist glatt und zeigt unter dem Überzug reichlich dunkelrote Blutaustritte. Auf dem Schnitt hat die Lunge eine dunkelrote Farbe und ist derb. Aus den Bronchien entleert sich schleimige, graurote Masse. Auch aus den großen Bronchien läßt sich solcher Schleim ausdrücken. Die linke Lunge zeigt denselben Befund. Beide Teile der Lungen sinken im Wasser unter, wie auch einzelne Stücke der Lungen.

2. Bauchhöhle.

Die Darmschlingen und der Magen scheinen gelblich. Im Magen befindet sich Schleim und Luft. Der Magen und obere Teil des Dünndarms schwimmen. Im Dickdarm grünliches und schwarzes Kindspech. Der Dünndarm ist fast leer und nur geringe Mengen dünnen, gelblichen Breies als Inhalt.

Diagnose: Tod an Bronchitis.

Epikrise:

Die Kindesmutter wurde hier nicht ermittelt. Trotzdem kann die Schuldfrage mit Sicherheit verneint werden. Die Obduction zeigt:

1. Der Geburtsverlauf muß ein überstürzter gewesen sein. (Kind mit anhängender, vollständiger Nachgeburt, keine Geburtsgeschwulst).

2. Das Kind hat geschluckt, also gelebt.

3. Das Kind hat nicht geatmet, weil die Bronchien mit schleimiger, grauroter Masse, verstopft waren.

Das Kind ist infolge der Unmöglichkeit zu atmen an der Bronchitis gestorben, die bei Berücksichtigung des überstürzten Geburtsverlaufes intrauterin entstanden sein muß. Der Tod trat gleich nach der Geburt auf und das tote Kind wurde dann in den Rhein geworfen. Die Schuldfrage ist daher absolut zu verneinen.

Fall 9.

Vorgeschichte:

Der plötzliche Tod des Neugeborenen der Eheleute S. erregte den Verdacht, daß das Kind nicht eines natürlichen Todes gestorben sei. Die Eheleute gaben an, daß sie etwa 24 Stunden nach der Geburt ihr Neugeborenes unerwartet tot im Bett gefunden hätten. Es wurde ein Ermittlungsverfahren eingeleitet und die Sektion angeordnet, die folgendes ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des neugeborenen Mädchens ist 53 cm lang, regelmäßig gebaut, mit reichlichem Fettpolster und kräftiger Muskulatur. Leichenstarre ist noch vorhanden. Fäulnisgeruch fehlt. Hautfarbe rötlichweiß, im Gesicht hellrot, am Rücken rotviolett. Kopf mit 2½ cm langen Haaren. Umfang 35½ cm. Längsdurchmesser 12 cm. Querdurchmesser 10 cm. Bindehäute dunkelrot, Knorpel an Nase und Ohren fest. Zunge hinter den Kieferbögen. Hals weißlich und rötlich, leicht beweglich. Brust gewölbt. Im Nabel haftet ein 3 cm langer Nabelschnurrest. Er ist noch unterbunden, platt und hart. Das

freie Ende ist quer und gerade begrenzt. Schleimhäute der Geschlechtsteile graurot. Umgebung des Afters mit Kindspech bedeckt. An den Fingern überragen die Nägel die Kuppen, an den Zehen erreichen sie dieselben. Am Rücken keine Verletzungen. Schulterbreite 15 cm. Hüftbreite 12 cm. Knochenkern im unteren Teil des Oberschenkelknochens 6 mm groß. Zeichen einer Gewalteinwirkung wurden nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Lungen schwimmen auf dem Wasser, wie auch ihre einzelnen Teile. Sie fühlen sich überall lufthaltig knisternd an, sind außen glatt, hellrot und blaurot gefleckt. Schnittfläche gleichmäßig und braunrot, entleert auf Druck nur aus den größeren Luftröhren fein blasigen Schleim, sonst nur Blutblasen und Bluttropfen. In der rechten Lunge ist die Schleimansammlung in den großen Bronchien geringer als in der linken.

2. Bauchhöhle.

Bei der Magen-Darmschwimmprobe erweisen sich Magen und gesamter Darm als schwimmfähig. Magen graurot, enthält graugelben, trüben Schleim, welcher auch im Zwölffingerdarm angetroffen wird. Der Dünndarm enthält gelbes, der Dickdarm dunkelgrünes Kindspech.

Diagnose: Tod an Bronchitis.

Epikrise:

Außer der nur in den großen Bronchien festgestellten gar nicht einmal schweren Bronchitis, wurde kein pathol. Befund erhoben, sodaß nur die Bronchitis als Todesursache in Frage kommt. Nun kann man ja oft — darauf hat besonders H e r f o r d hingewiesen, trotz des geringen makroskopischen Befundes, mikroskopisch ausgedehnte Veränderungen in den feinsten Bronchialveränderungen nachweisen, die durch Verlegung der Lumina den Tod vollauf erklären. Andererseits kann aber der Organismus auch den toxischen Schädlichkeiten der Bronchitis — an Herzlähmung — erlegen sein. Wie man auch diese Frage beantworten will, jedenfalls — und nur darauf kommt es hier in erster Linie an — muß ein Verschulden der Eltern unbedingt abgelehnt, und ihre Angaben über den plötzlichen Tod müssen als durchaus glaubwürdig zugegeben werden.

Fall 10.

Vorgeschichte:

Die Hausangestellte D. hatte am 30. 10. 30 abends Wehen bekommen, die sie aber in ihrer Unerfahrenheit als Leibschmerzen deutete. Am 31. morgens um 4 Uhr bekam sie Austreibungswehen, die sie aber für Stuhldrang hielt. Sie suchte den Abort auf und gebar das Kind in den Aborttrichter. Sie will es gleich bemerkt und das Kind herausgehoben haben. Sie trug es in ihr Bett und deckte es mit dem Oberbett zu. Sie ging dann an ihre Arbeit. Als sie nach etwa einer Stunde nach dem Kinde sah, war es schon tot.

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des männlichen Neugeborenen ist 51 cm lang und 3100 g schwer. Körperbau regelmäßig. Leichenstarre fehlt, ebenso Fäulnisgeruch. Hautfarbe allgemein rötlichweiß, keine ausgesprochene Bildung von Toten-

flecken. Kopfumfang 34 cm. Längsdurchmesser 11 cm. Querdurchmesser 8 cm. Schulterbreite 13 cm. Hüftbreite 9 cm. Kopf mit 2 cm langen Haaren bedeckt. Keine Geburtsgeschwulst fühlbar. Knorpel an Nase und Ohren fest. Bindehaut hellrot, Sehlöcher je 2 mm weit. Lippenschleimhaut graurot. Die Zunge überragt ½ cm die Kieferbögen. Hals mit rötlichweißer zarter Haut, an der linken Halsseite 1 cm über der Mitte des Schlüsselbeines eine 3:2 mm große, dunkelrote Hautabschürfung. Brust gewölbt, Bauch weich, eindrückbar. Im Nabel haftet ein 15 cm langer Nabelschnurrest, dessen freies Ende eingetrocknet und ziemlich glatt und quer abgetrennt ist. Die Hoden sind im Hodensack fühlbar, der After klafft, seine Umgebung ist mit Kindspech bedeckt. Im unteren Ende des Oberschenkelknochens findet sich ein dunkelroter 7 mm großer Knochenkern. Verletzungen wurden sonst nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Die Lungen sind schwimmfähig, sie fühlen sich weich polsterig an, sind außen glatt, bundscheckig grau- und blaurot. Schnittfläche dunkelrot. Bei Druck quillt feinschaumige Flüssigkeit auf und aus den durchschnittenen Luftröhrenästen je ein Tropfen trüber, grauer Schleim. Beim Aufschneiden der Luftröhren sind diese erfüllt mit grauem Schleim, die Schleimhäute selbst sind durchsichtig, hellrot, die Lungengefäße enthalten reichlich flüssiges Blut.

2. Bauchhöhle.

Bei der Magen-Darmschwimmprobe erweisen sich Magen und gesamter Darm als schwimmfähig. Nur ein 5 cm langer Abschnitt des absteigenden Dickdarms sinkt unter, während der anschließende untere Abschnitt wieder gashaltig ist. Der Magen enthält große Luftblasen und grauen Schleim. Schleimhaut rötlichweiß. In Dünndarm hellgrauweiße, weiche Massen, schleimartig, im Dickdarm dunkelgrünes Kindspech, ebenso im Mastdarm.

Diagnose: Tod an Bronchitis.

Epikrise:

Die Angaben der Kindesmutter über die Wehen sind durchaus glaubwürdig, zumal es sich bei ihr um eine Erstgebärende handelt. Diese deuten, wenn sie nicht aufgeklärt werden, die Eröffnungswehen als Leibschmerzen und die Austreibungswehen meist als äußerst heftigen Stuhlgang.

Auf Grund dieser Tatsache ist der Vorsatz zu verneinen; denn die Kindesmutter ging ja nicht auf den Abort, um ihr Kind dort zu gebären und im Aborttrichter zu ersticken, sondern weil sie einen heftigen Stuhldrang verspürte.

Es fällt aber auch aus demselben Grunde der Vorwurf der fahrlässigen Tötung; denn das Kind ist nicht wegen Unterlassung der Pflege gestorben, sondern die durch die Abortgeburt bedingten Schädlichkeiten sind für die Entstehung der Bronchitis verantwortlich zu machen, der ja bekanntlich Säuglinge so plötzlich erliegen können.

Fall 11.

Vorgeschichte:

In der Strafsache gegen die ledige B. wegen fahrlässiger Kindestötung wurde die Obduction der Kindesleiche angeordnet. B. hatte auf dem Klosett geboren. Als sie den Abort verließ, schwankte sie, fiel nach hinten und mit

dem Kopf zwischen Spülbecken und Wand. Sie mußte in's Bette getragen werden. Das Becken war voll Blut, das Kind darin zu sehen. Es steckte mit dem Kopf im Trichter. Frau N. faßte es an den Beinen und zog es heraus; es war kalt und tot. Die Obduction hatte folgendes Ergebnis:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des neugeborenen Knaben ist 54 cm lang und 2910 g schwer. Die Leiche hat eine weiße Haut. Leichenstarre nicht nachweisbar. Fäulnisgeruch fehlt. Kopfumfang 33⅓ cm. Querdurchmesser 8 cm. Längsdurchmesser 11 cm. Kopfhaut mit 15 cm langen Haaren bedeckt. Bindehäute dunkelrot infolge Füllung der feinen Gefäße, Hornhaut trübe, Nase und Ohrknorpel fest. Zunge liegt hinter den Kieferbögen. Mundschleimhaut graurot. Halshaut rötlichweiß, zart. Brust schmal, gewölbt. Schulterbreite 14 cm.Hüftbreite 9 cm. Im Nabel haftet ein drei mm langes, quer und glatt abgetrenntes Stück der Nabelschnur, das kunstgerecht unterbunden ist. Die mitgelieferte Nachgeburt hat vollständige Eihäute und eine 50 cm lange, grausulzige Nachgeburt, Gewicht der Nachgeburt 460 g. Hoden im Hodensack fühlbar, After geschlossen. Im unteren Ende des Oberschenkelknochens ein 5 mm großer Knochenkern. Die Fingernägel erreichen die Kuppen, die Zehennägel gleichfalls. Verletzungen irgendwelcher Art wurden nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Im Kehlkopf und in der Luftröhre eine dicke Schicht grauweißer, zäher Schleim. Die ganze Lichtung der großen Luftröhrenäste wird von diesen Schleimmassen ausgefüllt. Die Lungen fühlen sich derb an, sind außen glatt, vorne dunkelgraurot, hinten schwarzrot. Diese Schwarzrotfärbung beruht auf einer blutigen Durchtränkung des Überzuges. Auch sonst finden sich kleinere zerstreute Blutungen im Lungenfell. Die Schnittfläche der Lungen sind gleichmäßig braunrot. In den hinteren Partien deutlich feinkörnig und hier etwas heller in der Farbe, bei Druck quellen feinste und 1 bis 2 mm große Schleimpfröpfe von grauweißer Farbe aus den durchschnittenen Luftröhrenästen hervor. Bei der angestellten Schwimmprobe sinken die Lungen im ganzen unter, es konnten auch keine abgeschnittenen Lungenteile als schwimmfähig nachgewiesen werden.

2. Bauchhöhle.

Bei der Schwimmprobe sinken Magen und Darm vollständig unter. Nur beim Einschnitt in den Magen entleert sich eine erbsgroße Luftblase. Magen enthält glasigen Schleim, der Dünndarm und der oben aufsteigende Dickdarm dunkelgrünes Kindspech. Mastdarm mit schwärzlichem Kindspech gefüllt.

Diagnose: Bronchitis und Bronchopneumonie als Todesursache.

Epikrise:

Das Kind hat also nicht geatmet; die Anfüllung der Luftröhren mit Schleim war derartig stark, daß ein Atmen völlig unmöglich war. Die Luftspur im Magen beweist aber, daß das Kind bei der Geburt gelebt hat. Die Erkrankung muß danach in utero entstanden sein und hat in diesem Falle nicht nur zu einer ausgebreiteten Bronchitis, sondern auch schon zu einer Bronchopneumonie in den hinteren Lungenpartien geführt. Der Tod muß unmittelbar nach Vollendung der Geburt eingetreten sein.

Wie ist nun die Schuldfrage zu beantworten? Der Fall liegt hier in seiner Vorgeschichte natürlich ganz anders als der Fall 10. Hier kann man nicht annehmen, daß die Kindesmutter in ihrer Uner-

fahrenheit mit dem Geburtsakt — auch sie war eine Erstgebärende — wegen des vermeintlichen Stuhldranges den Abort aufsuchte; denn dahin paßt durchaus nicht der Nabelschnurbefund. Die Mutter hat die Nabelschnur abgeschnitten und vorschriftsmäßig abgebunden. Sie mußte sich die dazu erforderlichen Gegenstände mitgenommen haben. Folglich wußte sie, daß sie gebären würde. Sie ging also auf den Abort um dort zu gebären — vielleicht um Blutspuren zu vermeiden? — gebar und nabelte das Kind ab, dann wurde sie ohnmächtig. Ob sie nun das Kind in den Abort geworfen hat, oder ob es ihr aus den Händen geglitten ist, ist eine theoretische Frage, die hier bei der Klärung der Schuldfrage keine Bedeutung hat; denn das Kind war bestimmt schon tot, als es in den Abort fiel, oder geworfen wurde. Die Schuldfrage ist daher zu verneinen.

Fall 12.

Vorgeschichte:

Die Dienstmagd O., unehelich geschwängert, hatte am 15. 8. 24 angeblich im Stehen geboren. Der Hausfrau fiel am anderen Tag das elende und veränderte Aussehen der O. auf. Diese leugnete aber die stattgehabte Geburt und sagte, ihr fehle nichts. Im Laufe des Tages wurde ihr Zustand immer schlechter, sodaß sie sich hinlegen mußte und ein Arzt hinzugezogen wurde. Diesem gestand die O. und erklärte, das Kind habe sie in einem Korb verstaut, es sei aber tot geboren. Man fand das tote Kind an dem bezeichneten Ort. Es wurde Anzeige erstattet und von der Behörde dann die Sektion der Kindesleiche angeordnet.

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des weiblichen Neugeborenen ist 54 cm lang, voll Staub und Flocken, Knochenkern im Oberschenkel 6:4 mm. Kopfumfang 33 cm. Längsdurchmesser 12 cm. Querdurchmesser 10½ cm. Nabelschnur mit großen Fetzen Eihaut, 55 cm lang. Am Schädel nicht die geringste Blutung. Geburtsgeschwulst ist nicht vorhanden. Zeichen einer Gewalteinwirkung wurden auch sonst am Körper nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Lungen zurückgesunken, wenig Petechien, gleichmäßig blaugrau, fest, schwimmen nur teilweise auf dem Wasser, von der linken Lunge nur die Hälfte der Stücke. Die beiden Hauptbronchien enthalten viel zähen, grauen Schleim. Auf der Schnittfläche tritt dieser bei Druck überall in Form von Tropfen hervor.

2. Bauchhöhle.

Magen schwimmt, Darm nicht.

Diagnose: Tod an Bronchitis.

Vor dem Gericht sagte die Kindesmutter etwa folgendes aus:
Ich wußte um die bevorstehende Niederkunft, schämte mich aber, die Schwangerschaft einzugestehen. Am 15. 8. mittags Wehenbeginn. Ich arbeitete weiter. Gegen 10 Uhr ging ich in meine Kammer. Es setzten heftige Wehen ein. Ich stand vor dem Bett, da fiel das Kind auf den Boden. Die Nabelschnur muß zerrissen sein, denn ich habe sie nicht abgeschnitten. Ich lag nach etwa 2 Stunden beim Erwachen neben dem Kind auf dem Boden. Das Kind war tot.

Epikrise:

Der Befund — Kind im Zusammenhang mit einem großen Fetzen der Eihäute, keine Geburtsgeschwulst — deutet mit Sicherheit auf eine überstürzte Geburt hin. Nach der Aussage der Kindesmutter, handelt es sich sogar um eine Sturzgeburt im Stehen. Bei diesem Geburtsverlauf erscheint es wunderbar, daß der Schädel des Kindes bei dem Sturze keinen Schaden litt. Todesursache ist die Bronchitis, die bald nach der Geburt zum Tode führte; denn die Lungen waren nur zum Teil lufthaltig, und nur der Magen enthielt Luft. Die Sturzgeburt und die durch sie bedingten Umstände (Erschöpung, Ohnmacht der Mutter, daher Unmöglichkeit der Versorgung des Kindes) erklären die Entstehung der Bronchitis. Da weder Vorsatz noch Fahrlässigkeit vorlag, mußte die Schuldfrage vom Sachverständigen absolut verneint werden. Das Gericht sprach die Angeklagte frei. — —

Ich führe noch zwei Fälle an, die schon länger zurückliegen. Damals würdigte man die Bronchitis als Todesursache bei plötzlichen Todesfällen des Säuglings und Kleinkindes noch nicht so sehr und untersuchte die Lungen nicht so genau daraufhin. Jetzt scheint es mir, daß auch diese Kinder einer Bronchitis erlagen. Der Obducent hatte damals keine Todesursache angeben können und vermutete „Erstickung aus unbekannter Ursache". Wenn der Lungenbefund nicht so klar und eindeutig erscheint, so liegt es daran, daß der Obducent diesem keine besondere Bedeutung zuschrieb, und ihn deshalb auch nicht ausführlich behandelt.

Fall 13.

Vorgeschichte:

Die Ww. F. hatte in Gegenwart einer Hebamme geboren, (unehelich). 2 Tage nach der Geburt lag das Kind morgens tot im Bette. Das Gericht ordnete die Obduction an, die folgendes ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Keine Spuren einer Gewalteinwirkung. Sämtliche Zeichen der Reife (50 cm lang) reichlich Wollhaar.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Lungen zurückgesunken, zäh knisternd, blauviolett und blaurot mit gelblichrötlichem, feinschaumigen Oedem. In Luftröhre und Kehlkopf Schleim.

2. Bauchhöhle.

Magen mit Milchschleim.

Epikrise:

Heute wäre der Fall etwa so zu beurteilen: Zeichen einer Gewalteinwirkung, die auf Erstickung deuteten, wurden nicht festgestellt. Damit fällt aber Verdacht einer vorsätzlichen Tötung im Sinne des Mordes.

Die Kindesmutter hatte sich von einer Hebamme entbinden lassen, die für die regelrechte Versorgung des Kindes sorgte, andererseits beweist die Milch im Magen, daß dem Kind auch nach der Geburt die nötige Pflege von Seiten der Mutter zuteil wurde. Die fahrlässige Tötung wäre also auch zu verneinen.

Fall 14.

Vorgeschichte:

Das Dienstmädchen H., unehelich geschwängert, war von einer Hebamme entbunden worden. 2 Stunden nach der Geburt sollte das Neugeborene plötzlich gestorben sein. Die Hebamme äußerte Verdacht und es wurde daraufhin die gerichtliche Sektion verfügt, die folgendes Ergebnis hatte:

a. Äußere Besichtigung:

Keine Zeichen einer Gewalteinwirkung.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Lungen nicht gebläht, aber gut lufthaltig, 2 cm auseinander, Oberfläche grauviolett bis blaurot, zusammengebuckelt, einzelne interstitielle Emphyseme, sehr kleine Ecchymosen. Schnittfläche hellgraurot entleert Blut und feinschaumigen Schleim aus der Luftröhre.

2. Bauchhöhle.

Im Magen Gas, im Duodenum und Darm nicht. Reichlich Meconium, auch außen am After.

Epikrise:

Auch hier würde ich heute „Bronchitis" als Todesursache bezeichnen. Damit wäre der schnelle Tod vollauf erklärt und die Schuldfrage wäre zu verneinen; denn Zeichen einer Gewalteinwirkung wurden nicht gefunden, andererseits kann man wohl schlecht von Fahrlässigkeit sprechen, wenn eine unehelich Gebärende sich von einer Hebamme entbinden läßt, die für die ordnungsgemäße Versorgung des Neugeborenen sorgt.

Als Gegenstück zu den aufgeführten Fällen, bei denen ein Verschulden der Mutter an dem Tode ihrer Neugeborenen nicht nachzuweisen war, sondern im Gegenteil deren natürlicher Tod bewiesen wurde, seien hier einige Fälle erwähnt, bei denen die Schuld der Mutter festgestellt wurde, die aber bei der Sektion neben anderen Befunden auch das Bild einer Bronchitis boten.

Fall a.

Vorgeschichte:

Gegen die ledige Haustochter B. wurde ein Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Kindestötung eröffnet. Die B. hatte heimlich geboren und das Neugeborene in der Fruchtwasser- und Blutlache zwischen den Beinen liegen gelassen. Die Obduction ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des 52 cm langen und 3850 g schweren männlichen Neugeborenen zeigt einen regelmäßigen und kräftigen Körperbau, gute Muskulatur und

entsprechendes Fettgewebe. Die Haut ist im allgemeinen blaßrötlich und glatt. An den Schultern sind noch einige Wollhaare vorhanden. In den Achselhöhlen und den Leistenbeugen etwas käsige Schmiere. Haut an Rücken und Gesäß blaßrot. Gelenke sämtlich frei beweglich. Der länglich geformte Kopf ist mit 1 cm langen Haaren bedeckt. Die Knochen sind wenig beweglich. Die vordere Fontanelle 3½ bis 2½ cm, die hintere fest geschlossen. Kopfumfang 36 cm. Längsdurchmesser 12½ cm. Querdurchmesser 10 cm. Augäpfel fühlen sich etwas weich an, Hornhäute getrübt, Pupillen regelmäßig. Der Mund ist etwas geöffnet, die Zunge zwischen den zahnlosen Kiefern. Ohren- und Nasenknorpel fest. Schulterbreite 12 cm. Der Bauch ist flach. Der Nabelschnurrest ist 23 cm und zeigt an seinem äußeren Ende etwas gezackte unregelmäßige, mit angetrocknetem Blut versehene Ränder. Hüftbreite 9 cm. Der After ist etwas geöffnet. In ihm ist reichlich Kindspech zu sehen. Die Geschlechtsorgane äußerlich intakt. Obere und untere Gliedmaßen gut gebildet. Die festen Nägel überragen die Fingerkuppen, die Nägel an den Zehen erreichen die Kuppen eben. Der Knochenkern am unteren Ende des Oberschenkelknochens ist 3 mm groß. Verletzungen irgendwelcher Art wurden nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Die Lungen schwimmen in einem Gefäß mit kaltem Wasser vollkommen an der Oberfläche. Die einzelnen Abschnitte der Lungen fühlen sich knisternd an. Aus der dunkelrot gefärbten Schnittfläche entleert sich beim Druck etwas Blut und aus den Luftröhrenästen reichlich zäher, gelber Schleim. Die Oberfläche beider Lungen ist glatt, sie zeigt am linken und rechten Unterlappen zahlreiche stecknadelkopfgroße Blutungen.

2. Bauchhöhle.

Der Magen ist durch Luft etwas ausgedehnt. Er enthält etwas zähen, gelben Schleim, Schleimhaut hellgrauweiß, zart. Fast der ganze Darm oben und unten unterbunden und in ein Gefäß mit kaltem Wasser gebracht, schwimmt.

Epikrise:

Ich führe den Fall an aus zwei Gründen:

1. zeigt er, wie wichtig die Vorgeschichte ist. Die typische Vorgeschichte für den schnellen Bronchitistod ist: Entweder wurden die nichtsahnenden Eltern oder Mütter von dem Tod ihrer Kinder plötzlich überrascht oder die Kinder geben bei der Geburt überhaupt kein Lebenszeichen von sich, weil sie in oder gleich nach der Geburt gestorben sind, sodaß die Eltern, oder Mütter glauben, es handele sich um eine Totgeburt.

2. beweist er, wie schnell sich beim Neugeborenen eine Bronchitis entwickeln kann. In diesem Fall fiel das Kind mit dem Gesicht in die Fruchtwasser- und Blutlache, aspirierte und erstickte. In dieser kurzen Zeit entstand auf dem Reiz der aspirierten Flüssigkeit hin die ausgedehnte Bronchitis.

Noch klassischer demonstriert die schnelle Schleimbildung folgender Fall:

Fall b.

Vorgeschichte:

Frau T., II, para, von ihrem Mann geschieden, erwartete ihre Geburt erst in 8 bis 10 Tagen. Sie hatte die Schwangerschaft verheimlicht, weil sie schon

über 1 Jahr von ihrem Mann getrennt lebte. Über die Geburt machte sie vor Gericht folgende Angaben: Am 7. 7. wollte sie ihr Kind in einem Eimer ¾ mit Wasser gefüllt baden. Plötzlich verspürte sie Stuhldrang, ging aber nicht aufs naheliegende Klosett, da der Drang so heftig war, sondern setzte sich auf den Eimer. Sie bemerkte die Geburt, schnitt die Nabelschnur ab, indem sie sich etwas von dem Eimer erhob. Weiteres weiß sie nicht, da sie dann ohnmächtig wurde. Die Nachgeburt ist erst im Bett geboren.

Die Obduction ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des männlichen Neugeborenen ist 52 cm lang und 4000 g schwer, regelmäßig gebaut, mit reichlicher Entwicklung des Fettgewebes. Die Muskulatur fühlt sich hart an, Fäulnisgeruch fehlt. Kopf mit 25 mm langen Haaren. Kopfumfang 36 cm. Querdurchmesser 10 cm. Längsdurchmesser 11 cm. Schulterbreite 15 cm. Hüftbreite 10 cm. Geburtsgeschwulst am Hinterkopf rechts fühlbar. Bindehäute rötlichweiß, Hornhäute durchsichtig. Öffnungen von Nase, Ohren und Mund frei. Die Zunge ist zwischen den geöffneten Kieferbögen sichtbar. Brust gewölbt. Im Nabel haftet ein 3 cm langer Nabelschnurrest. Er ist gelblichweiß, sülzig, am Ende unterbunden. Das freie Ende ist vertrocknet, quer und glatt abgesetzt. Hoden im Hodensack fühlbar. After geschlossen. Im unteren Ende des Oberschenkelknochens ist der Knochenkern 8 mm breit, die Nägel überragen an den Fingern die Kuppen, an den Zehen nicht. Verletzungen irgendwelcher Art wurden nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Linke Lunge groß und leicht, fleckig weißrot und blaurot, fühlt sich überall knisternd und lufthaltig an, Lungenbläschen sind mit der Lupe überall sichtbar. Aus der Hauptluftröhre ragt ein weißgrauer Schleimpfropfen hervor. Die aufgeschnittenen Luftröhrenäste sind mit zähem, feinblasigem Schleim gefüllt. An der Schnittfläche werden auf Druck zahlreiche, weiße Schleimpfropfen sichtbar. Aus den Querschnitten der großen Luftröhrenäste quillt auch schaumloser, fadenziehender Schleim hervor. Die rechte Lunge zeigt gleichen Befund. Schleimhaut von Kehlkopf und Luftröhre ist mit fadenziehendem, weißgrauem Schleim auf dunkelroter Schleimhaut bedeckt.

2. Bauchhöhle.

Bei der Schwimmprobe erweisen sich nur der Magen und die oberen Darmschlingen als schwimmfähig. Der Magen enthält grauglasigen Schleim und einige schwarze Körnchen, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Steinkohle erweisen. Der Dünndarm enthielt sehr reichlich dunkelgelben Brei, der Dickdarm dunkelgrünes Kindspech, ebenso der Mastdarm.

Epikrise:

Wenn man die Zeit vom Eintauchen des Kopfes bis zum Erstickungstod mit 7 Minuten im Höchstfall veranschlagt, dann ist in diesen 7 Minuten die ausgedehnte Bronchitis entstanden. Ich komme hierauf später noch zurück.

Der schnelle Tod des Kleinkindes an Bronchitis.

Während beim schnellen Tod des Neugeborenen, besonders wenn sie unehelich zur Welt kommen, der Verdacht der vorsätzlichen oder fahrlässigen Tötung, § 217, 211, 221, oder 222, im Vordergrund der Erwägungen steht, scheidet dieser Verdacht bei älteren, ehelichen Kindern meist aus und es bleibt die Frage woran ist das Kind gestorben?

So gelangten hier 1 Jahr alte Zwillinge zur Sektion deren Vorgeschichte kurz folgende war:

Die Mutter war in wirtschaftliche Not geraten und wollte ihre Kinder verschenken. Es meldete sich eine Frau, die ein Kind nehmen wollte, sich aber bei der Besichtigung nicht schlüssig werden konnte, welches sie nehmen sollte. Am anderen Morgen wollte sich die Frau entscheiden. Beide Kinder waren bei der Besichtigung, die abends stattfand, noch völlig gesund und munter. Nachts war es kalt. Die Mutter deckte die beiden Kinder gut zu und stellte den Kinderwagen in die Nähe des Herdes. Am anderen Morgen waren beide Kinder tot. Es war klar, daß ein Verschulden durch Fahrlässigkeit oder gar eine Absicht nicht in Frage kam. Die Sektion sollte den plötzlichen Tod klären und zeigte als Grund dafür in beiden Fällen eine ausgedehnte Bronchitis. Außerdem kommen aber auch noch Fälle zur gerichtlichen Obduction, bei denen vorsätzliche oder fahrlässige Erstickung des Kindes durch weiche Gegenstände wie Hand, Kissen, oder durch Geschwister, die im Schlaf auf das Kind zu liegen kommen, angenommen wird und die Obduction diese Annahme bestätigen oder eine natürliche Todesursache feststellen soll. Meist kommen diese Kindesleichen aus übelbeleumdeten Familien. Die Fragestellung ist hier auf: „Mord oder fahrlässige Tötung (§ 211 oder § 222) eingeengt.

Fall 15.

Vorgeschichte:

Die drei Monate alte Helga R. war ganz plötzlich gestorben. Es wurde von der Staatsanwaltschaft ein Ermittlungsverfahren eröffnet und die Sektion angeordnet, die folgendes Ergebnis hatte:

a. Äußere Besichtigung:

Die 57 cm lange, weibliche Kindesleiche, hat auf den Bauchdecken und an sämtlichen abhängigen Körperteilen zahlreiche Totenfleckbildung. Die Hornhäute sind getrübt. Der Mund ist leicht geöffnet, die Zunge liegt zwischen den zahnlosen Kiefern. Die Geschlechtsteile sind unverletzt, ringförmiges Jungfernhäutchen. Der After ist geschlossen. Deutliche Leichenstarre. Die Leiche weist äußerlich keine Verletzungen auf.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Die Lungenränder 2 cm voneinander entfernt, Brusthöhle ohne Erguß. Linke Lunge fühlt sich überall lufthaltig an. Seitlicher Unterlappen: weiße Luftbläschen unter dem Überzug. Hinten am Unterlappen zahlreiche, 2 mm große schwarzrote Blutaustritte. Oberfläche ziegelrot. Schnittfläche dunkelgraurot. Bei seitlichem Druck entleeren sich aus den durchschnittenen Luftröhrenästen Tropfen von weißgrauem Schleim. Die Luftröhren sind mit Schleim angefüllt. Ihre Schleimhaut ist hellrot mit feinblasigem Schleim bedeckt. Lungengefäße entleeren flüssiges Blut.

2. Bauchhöhle.

Der Magen stark ausgedehnt, außen glatt, rötlichweiß. Zwölffingerdarm enthält zitronengelben Speisebrei. Der Dünndarm enthält weißgelben Speisebrei. Der Dickdarm weißgelben, fast geruchlosen Kot, Mastdarm ist leer.

Diagnose: Tod an Bronchitis.

Epikrise:

Die äußere Besichtigung zeigte Totenflecke auf dem Leibe. Die Leiche muß demnach im und nach dem Tode auf dem Bauch gelegen haben. Die Annahme der Erstickung durch weiche Gegenstände (Kissen) schien an Wahrscheinlichkeit zu gewinnen.

Die innere Besichtigung fand aber nicht die Zeichen einer Erstickung, sondern als Todesursache eine ausgedehnte Bronchitis, die den schnellen Tod vollauf erklärt. Damit fiel der Verdacht der vorsätzlichen Tötung (Mord).

Zeichen, die auf eine mangelhafte Pflege hinweisen, wurden auch nicht gefunden, im Gegenteil zeigte der Darmbefund, daß das Kind gut ernährt wurde. Die fahrlässige Tötung mußte daher auch verneint werden.

Fall 16.

Vorgeschichte:

Der plötzliche Tod der kerngesunden, 1 Jahr alten Helga P. erregte den Verdacht, daß sie keines natürlichen Todes gestorben sei. Es wurde ein Ermittlungsverfahren eingeleitet und zur Klärung der Todesursache die Obduction angeordnet, die folgendes Ergebnis hatte:

a. Äußere Besichtigung:

Die Leiche des 72 cm langen und 8960 g schweren Kindes weiblichen Geschlechts zeigte regelmäßigen Körperbau und gut entwickelte Muskulatur. Die Haut ist im allgemeinen weißrötlich und glatt, am Rücken und Gesäß blaurot verfärbt. Die Gelenke sind fast vollständig beweglich. Verwesungsgeruch nicht nachweisbar. Der wohlgeformte Kopf ist mit 12 cm langen Haaren reichlich bedeckt. Die Knochen sind nicht beweglich. Die große Fontanelle ist 2:1½ cm groß, die hintere Fontanelle geschlossen. Kopfumfang 49 cm. Augenbrauen und Wimpern regelrecht entwickelt, die Augäpfel fühlen sich etwas weich an, Augenbindehäute blaß, die Sehlöcher sind beiderseits geschlossen, 4 mm weit. Stirn und Gesicht glatt, Ohren- und Nasenknorpel fest. Aus beiden Nasenlöchern ergießt sich auf Druck etwas Schaum und Schleim. Mund geschlossen. Zunge liegt hinter den vorhandenen Zähnen. Brust gut gewölbt. Leib etwas aufgetrieben. Nabel ohne Besonderheit. After ist geschlossen, enthält keinen Kot. Die großen Schamlippen liegen aneinander und bedecken die kleinen vollständig. Die Fingernägel überragen deutlich die Fingerkuppen. Zeichen einer Gewalteinwirkung wurden nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung:

1. Brusthöhle.

Die Lungen sind meist lufthaltig, etwas knisternd, Lungen und Rippenfell beiderseits feucht und glänzend. Der Kehlkopf ist unverletzt. Er enthält etwas grauweißen Schleim, Schleimhaut blaßrot. Auf den Schnittflächen beider Lungen tritt neben etwas schaumiger Flüssigkeit aus den kleinen und kleinsten Luftröhrenästen gelblicher Schleim. Die großen und größeren Luftröhrenäste enthalten reichlich gelben Schleim.

2. Bauchhöhle.

Magen grauweiß, glatt. Der Inhalt besteht aus 3 Eßlöffel voll gelblichweißem Speisebrei. Zwölffingerdarm außen hellgrauweiß, enthält etwas Schleim. Im Dickdarm etwas gelbgrauer Kot, ebenfalls im Dünndarm.

Diagnose: Tod an Bronchitis.

Epikrise:

Bei der Sektion wurden keine Zeichen einer Gewalteinwirkung gefunden, die auf Einwirkung weicher Gewalt hingedeutet hätten. Als Todesursache wurde eine ausgedehnte Bronchitis festgestellt. Diese erklärt den schnellen Tod vollständig. Damit fiel der Verdacht einer vorsätzlichen Tötung.

Die Vorgeschichte bot keinen Anhalt für die Annahme, daß die Eltern durch mangelhafte Fürsorge die Entstehung der Bronchitis verschuldet hätten. Im Gegenteil zeigt der Magenbefund, daß man das Kind noch wenige Stunden vor dem Tod gefüttert hatte. Die Fahrlässigkeit mußte daher auch verneint werden.

Fall 17.

Vorgeschichte:

Das 6 Wochen alte Kind der Eheleute J. wurde von diesen morgens tot im Bett gefunden. Verdacht der nicht gut beleumundeten Familie, das Kind erstickt zu haben. Die Obduction ergab:

a. Äußere Besichtigung:

Die männliche Kindesleiche ist 56 cm lang. Wuchs regelmäßig, Ernährungszustand gut, Starre vorhanden, Totenflecke schwach. Fäulnis nicht nachweisbar. Hautfarbe rötlichweiß. Kopfhaar dünn. Rücken: Excorationen am After. Sonstige Verletzungen fehlen.

b. Innere Besichtigung:

Brusthöhle.

Linke Lunge: außen massenhaft Petechien; Luftröhren: alle Äste voll feinblasigen, gelben Schleimes. Rechte Lunge: Schnittfläche mit vorquellendem, gelben Schleimtropfen aus den Luftröhrenästen.

2. Bauchhöhle.

Magen voll klumpig geronnener Milch. Dickdarm: dickflüssiger, breiiger gelber Kot. Dünndarm: flockiger, gelber Brei.
Diagnose: Tod an Bronchitis.

Epikrise:

Zeichen einer Erstickung konnten auch hier nicht erhoben werden. Die Sektion stellte als Todesursache eine Bronchitis fest, die den schnellen Tod vollauf erklärt. Es fällt damit die vorsätzliche Tötung, der Mord.

Der Magen war voll klumpig geronnener Milch, das beweist, daß das Kind noch kurz vor dem Tod getrunken hat. Die Fahrlässigkeit muß daher auch verneint werden, zumal auch die Vorgeschichte für diese Behauptung keine Unterlage bietet.

Bei Neugeborenen der ersten Lebenstage, Säuglingen und Kleinkindern kommt eine Art Bronchitis vor, die zum schnellen Tode führen kann. Mönckeberg schreibt darüber: „Die katarrhalische Bronchitis lokalisiert sich im Kindesalter mit Vorliebe in den kleinsten Bronchien, sodaß die „akute Kapillarbronchitis“ — von ande-

ren Autoren meist Bronchiolitis genannt — von Heubner „als ein beinahe alleiniges Ereignis im Kindesalter" bezeichnet wird" [1]).

Das klinische Bild schildert Engel wie folgt: „Die klinischen Erscheinungen setzen mit überraschender Schnelligkeit ein. Hohes Fieber, erschwerte Atmung und eine charakteristische ominöse Blässe vereinigen sich, um ein eindrucksvolles Krankheitsbild zu erzeugen. Die Verlegung der Bronchiolen schafft ein breites Hindernis für die Versorgung der Alveolen mit Luft. Im Gefolge der angestrengten Atmung oder, wie wir glauben, als Initialsymptom ist die Lungenblähung zu beachten. Die Symtome von Seiten des Respirationsorgans können vollständig fehlen" [2]). Die frequente oberflächliche Atmung, das Fieber, die dichten feinblasigen Rasselgeräusche würden den kundigen Arzt auf die drohende Gefahr aufmerksam machen. Der Laie aber wird diese Symptome weniger beachten und kaum an eine Erkrankung der Luftwege denken, zumal, da ja bei Säuglingen trotz der durch die Verstopfung der Bronchiallumina so schwer beeinträchtigten Atmung der Husten völlig fehlt! So kommt es, daß die Angehörigen von dem Tod ihres Kindes völlig überrascht werden. Wenn schon unter normalen Verhältnissen, d. h. wenn die Kinder mit der nötigen Liebe und Sorgfalt beobachtet und betreut werden, der Bronchitis-Tod unerwartet, ja oft plötzlich eintritt, um wieviel mehr ist den Angaben der Eltern und Mütter in unseren Fällen Glauben zu schenken, ihr Kind sei „plötzlich" gestorben. Handelt es sich doch meist um uneheliche, in jedem Fall unerwünschte Kinder, denen nicht die Pflege zuteil wird wie unter normalen Verhältnissen, und nach denen man oft erst 6 und 24 Stunden post partum wieder sieht!

Die Autopsie schildert Engel treffend: „In den Fällen von reiner Bronchiolitis findet man die Lungen hochgradig gebläht. Die vorderen Teile liegen nach der Öffnung des Brustkorbes hell, weißlich, polsterartig vor. Vielfach kann man größere alveoläre und interstitielle Luftbläschen mit bloßem Auge feststellen. Nach Herausnahme der Lungen sieht man die hinteren Teile gleichmäßig voluminös, bläulichrot verfärbt. Auf dem Einschnitt erscheint das Lungengewebe hell- bis dunkelrot, blutreich (hinten): Bei Druck auf das Parenchym quellen aus den Schnittflächen überall kleine, schaumige Eitertropfen hervor. Eröffnet man die Bronchien, so findet man die Schleimhaut gerötet und mit schleimigem Eiter bedeckt" [3]). Derselbe Befund wurde in allen angeführten Fällen gefunden.

Mikroskopisch findet man die Bronchiallumina mit Schleim, Leucozyten, abgeschilferten Bronchialepithelien angefüllt, die Bronchialwandungen und Alveolarsepten kleinzellig infiltriert.

---

1) Vergl. Mönckenberg in Handbuch der allg. Path. u. path. Anatomie d. Kindesalters Bd. I S. 122.
2) Vergl. Engel in Handbuch der Kinderheilkunde Bd. III S. 673.
3) Vergl. Engel in Handbuch der Kinderheilkunde Bd. III S. 672.

Die Hyperaemie ist meist sehr hochgradig. Walcher beschrieb neben dieser eitrigen Bronchiolitis eine andere Form, die er als „Desquamativkatarrh" bezeichnet. Dieser ist „charakterisiert durch Ansammlung einer mehr oder weniger großen Menge meist einzeln desquamierter Flimmerzellen, wogegen Schleim und Leucozyten an Menge weitgehend zurücktreten" [1]). Die von Walcher beschriebenen Fälle waren auch plötzlich ad exitum gelangt.

Die Todesursache ist in der massigen diffusen Verstopfung der Bronchiallumina zu sehen. Sie führt den Tod durch Erstickung herbei. In anderen Fällen bedingen die toxischen Einflüsse eine Herzlähmung, denen die Kinder erliegen.

Über die Infektiöse Natur der Bronchitis sind alle einer Meinung. Sie wird von niemanden bestritten.

Über die Aetiologie sind die Ansichten noch sehr geteilt. Die Kinderärzte vertreten wohl in der Mehrzahl die Ansicht, daß gerade für die Entstehung und Verlaufsmöglichkeiten der Bronchiolitis die Konstitution des Kindes von ganz besonderer Bedeutung sei. Czerny prägte den Begriff der exsudativen Diathese. Kinder mit dieser Konstitutionsanomalie neigen zu exsudativen Prozessen aller Art wie Impetigo, Urticaria ... und besonders häufig zu Katarrhen der Schleimhäute des Magen- und Darm- und Respirationstractus. Es sind also die Kinder mit exsudativer Diathese, die von der Bronchiolitis bei Hinzutritt einer Infektion befallen werden [2]).

Diese Infektion kann bei Kindern durch:

1. Aspiration inficierten Fruchtwassers
2. Aspiration von Vaginalschleim
3. Aerogene Infektion

herbeigeführt werden.

ad 1.) Diese Infektion ist besonders bei langdauernden Geburten möglich, kommt also für unsere Fälle, wo es sich meist um schnelle oft überstürzte Geburten handelt, nur selten vor. Immerhin ist im hiesigen gerichtsärztlichen Institut ein Kindestod im Anschluß an die Geburt beobachtet worden, bei dem die Sektion echte pneumonische Herdchen aufwies. Hier mußte also eine foetale Infektion vorliegen. Schleussing und Eckstein haben übrigens schon früher auf solche foetalen Pneumonien aufmerksam gemacht. In ähnlicher Weise müssen wir auch die schnellen Todesfälle, unmittelbar nach der Geburt auffassen, wenn wir eine ausgebreitete Bronchitis vorfinden. Hier muß die Infektion schon im Foetus erfolgt sein. Leider ist die gerichtsärztliche Sektion ohne jeden Zusammenhang mit einer Beobachtung des Geburtsvorganges, sodaß aus einem solchen Material die aetiologische Frage nicht geklärt werden kann.

1) Vergl. Walcher, Zeitschr. f. gerichtl. Med. Bd. 18, S. 305.
2) Vergl. Engel in Handbuch der Kinderheilkunde, III. Bd. S. 672.

ad. 2.) Diese Art der Infektion ist wohl bei den Fällen anzunehmen, die erst einige Zeit nach der Geburt sterben, während die aerogene Infektion für die übrigen Fälle als am häufigsten vorkommend angesehen werden muß.

Über die Entstehung der Bronchiolitis äußert Engel folgende Ansicht:

„Die Bronchiolitis entsteht nicht durch Weiterschreiten eines Katarrhs der oberen Luftwege. Man muß sich vorstellen, daß unter gewissen, noch nicht näher bekannten Bedingungen plötzlich, gewissermaßen schlagartig die feinen Bronchien und Bronchiolen ergriffen werden", und meint dann weiter: „Vielleicht liegen die Verhältnisse ähnlich wie bei der Pneumonie, wo wir ja annehmen, daß die Lunge durch eine frühere Infektion allergisiert sei" [1]). Das mag bei älteren Säuglingen so sein. Aber für die nicht seltenen Fälle, bei denen die Kinder in der Geburt sterben, ist diese Erklärung nicht zu gebrauchen. Hier muß man wohl annehmen, daß sofort die erste Infektion sich in den Bronchiolen lokalisiert und diese sofort alle befällt. Daß das möglich ist und wie schnell das geschehen kann, beweisen die Fälle von Fruchtwasser-Aspiration und Eimergeburt. Hierbei entstand auf den Reiz der aspirierten Flüssigkeit in kurzer Zeit eine ausgedehnte Bronchiolitis. Wenn man bei der Eimergeburt annimmt, daß das Kind vom Moment, wo es mit dem Kopf in's Wasser tauchte, bis zum Tod höchstens 7 Minuten gelebt hat, dann muß die Bronchitis in dieser kurzen Zeit entstanden sein; denn nach dem Tod hört jeder Lebensvorgang auf. Ich stehe daher auf dem Standpunkt, daß bei der Bronchiolitis, „schlagartig" alle Bronchiolen befallen werden, daß es dazu aber nicht immer einer vorherigen Allergisierung bedarf.

Die große Bedeutung der Bronchiolitis für den gerichtlichen Gutachter geht aus den angeführten Fällen hervor. Sie erhellt noch mehr aus den Feststellungen, die Sauer in Wien an den 1074 in den Jahren von 1900 bis 1925 ausgeführten gerichtlichen Obductionen von Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern machte. Von den 1074 eingelieferten Fällen wurde draußen in 18 Fällen „Erstickung durch fremde Gewalt" angenommen. Es ergab sich aber durch die Obduction, daß von diesen 18 Kindern, 16 eines natürlichen und zwar 12 eines Bronchitis-Todes gestorben waren. „Wie häufig sich auch sonst im Säuglings- und Kleinkindesalter eine Bronchitis als Todesursache ergibt, und zwar bei Leichen, die aus anderen Gründen z. B. wegen Vernachlässigung pflichtgemäßer Obsorge, Mißhandlung usw. behördlich geöffnet wurden, geht daraus hervor, daß unter den 1074 Fällen, 178 mal eine Bronchitis erhoben wurde. Diese Erkrankung war hauptsächlich bei Kindern bis zum 2. Lebensjahr aufgetreten". (Sauer) [2]).

---

1) Vergl. Engel in Handbuch der Kinderheilkunde Bd. III S. 672.
2) Vergl. Sauer in Beiträge zur ger. Med. Bd. VIII S. 183.

Zusammenfassung.

Die bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern auftretende Bronchiolitis, führt häufig zum schnellen, mehr oder weniger plötzlichen Tod. Dadurch erlangt diese Erkrankung gerichtsärztliche Bedeutung. Bei den geschilderten Fällen — eine Ausnahme bildet der Fall mit der Lues congenita — war die Bronchiolitis der einzige pathologische Befund. Folglich ist diese — nach den bei dieser Erkrankung gemachten klinischen Erfahrungen und bei Abwesenheit anderer pathologischer Befunde — die Ursache des schnellen Todes. Durch den Nachweis der Bronchiolitis als Todesursache fiel im Fall 1, 3, 5, 6, 7 und 8 der Verdacht, daß bei den Kindern unbekannter Herkunft ein Verbrechen vorliege, z. B. durch Ertränken, Vergraben, Aussetzen usw. Das Verfahren wurde eingestellt. In den Fällen 2, 4, 10, 11, 12, 13 und 14 konnten die unehelichen, meist heimlich gebärenden Mütter, in den Fällen 9, 15, 16 und 17 die Eltern der so plötzlich gestorbenen Kinder von dem dringenden Verdacht befreit werden, ihre Kinder erstickt oder pflichtgemäße Obsorge gröblich vernachlässigt und dadurch den Tod des Kindes verschuldet zu haben.

Es sollte daher bei allen ähnlich gelagerten Fällen nach einer Bronchitis gefahndet werden und, falls der makroskopische Befund nicht eindeutig erscheint, versucht werden, den mikroskopischen Nachweis der Erkrankung zu erbringen. In den zahlreichen Todesfällen, die im hiesigen Institut für gerichtsärztliche Medizin untersucht worden sind, konnte die Diagnose schon makroskopisch gestellt werden. Die vollständige Anfüllung des ganzen Luftröhrenbaumes mit Schleim erklärt ohne weiteres den Tod. Aber eine mikroskopische Nachprüfung ist in allen Fällen angezeigt, weil der weniger Geübte vielleicht eine feinschaumige Oedemflüssigkeit in den Luftröhren mit Schleimfüllung verwechseln könnte.

In allen gerichtlichen Fällen besteht ja der Verdacht der fahrlässigen oder vorsätzlichen Kindestötung. Dieser schwere Verdacht kann nur durch die ärztliche Untersuchung von der unschuldigen Kindesmutter genommen werden. Daher ist die Kenntnis der Bronchitis als Deutung eines plötzlichen Todes von so großer Wichtigkeit, und manch' unschuldiges Mädchen kann durch unsere Untersuchung von einem fürchterlichen Verdacht befreit und oft die angezweifelte Familienehre wieder hergestellt werden.

Für die Überlassung des Themas möchte ich Herrn Professor Dr. Berg an dieser Stelle meinen Dank aussprechen.

SCHRIFTTUM.

Engel, N.: Erkrankungen der Respirationsorgane. Handbuch der Kinder-Heilkunde von Pfaundler und Schloßmann, III. Bd. Leipzig 1931.

Frank, R.: „Das Strafgesetzbuch für das deutsche Reich". Tübingen 1925.

Fritsch, H.:Gerichtsärztliche Geburtshilfe. Stuttgart 1901.

Herford, M.: Über die histologischen Veränderungen bei der Kapillar-Bronchitis der Säuglinge. Ärztl. Sachverst. Zeitg. 1904.

Mönckenberg, I. G.: Die Pathologie der Gewebe im Kindesalter. Handbuch der allgem. Path. und path. Anat. des Kindesalters, I. Bd. München 1912.

Sauer, M.: Scheinbar gewaltsamer Tod durch Erstickung bei Säuglingen. Beiträge zur gerichtlichen Medizin, herausgegeb. v. Professor A. Haberda. Band 8, 1928.

Szlávik, F. J. (Budapest): Über Lungenveränderungen bei Neugeborenen mit besonderer Berücksichtigung der Fruchtwasseraspiration. Ziegler's Beiträge zur path. Anat. und allgem. path. Bd. 89. 1932.

Thimig, M.: Über plötzliche Todesfälle im Kindesalter. (Vierteljahrsheft für ger. Med. u. öff. Sanitätsw. 1901).

Walcher, K.: Über Desquamationserscheinungen des Bronchialepithels bei Neugeborenen und Kindern der ersten Lebensjahre. Zeitschrift f. ger. Med. Bd. 18. 1932.

LEBENSLAUF

Am 19. Juni 1908 wurde ich als Sohn des Apothekers Richard Reckmann und Frau Fanny, geb. Struff in Horst-Emscher geboren. In Dorsten, wohin 1913 meine Eltern ihren Wohnsitz verlegten, besuchte ich 4 Jahre die katholische Volksschule und von 1918—1928 das humanistische Gymnasium. Ostern 1928 bestand ich die Reifeprüfung mit dem Prädikat „gut" und war danach 6 Monate in der Adler-Apotheke in Dortmund als Apothekenpraktikant tätig. Da der Apothekerberuf mich nicht befriedigte, entschloß ich mich, Medizin zu studieren. Nach 5 Semestern vorklinischen Studiums an der Universität Tübingen, bestand ich dort am 29. Februar 31 das Physikum mit dem Prädikat „gut". An den Universitäten Wien, Berlin und Rostock studierte ich je ein Semester und die letzten 3 Semester an der medizinischen Akademie in Düsseldorf, wo ich am 18. Juni 1934 das medizinische Staatsexamen mit „sehr gut" bestand.

Vom 1. Juli bis 15. November 1934 war ich als Medizinalpraktikant auf der inneren Abteilung des Marienhospitals in Bottrop und bin seit dem 15. November 1934 an der Frauenklinik des Staatlichen Krankenstiftes in Zwickau tätig.